

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

270

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 6 Mai 1896, à 1 heure

PAR

PAUL SCHÖBER

Né à Stuttgart (Wurtemberg), le 11 mars 1865.

CONTRIBUTION A LA PATHOGÉNIE

ET A LA

Clinique des Tumeurs kystiques salpingiennes

A FORME IRRÉGULIÈRE

Président : M. TILLAUX, professeur.

Jury { professeur : M. TUFFIER.
agregés : MM. VARNIER et WALTHER.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 6 Mai 1896, à 1 heure

PAR

PAUL SCHÖBER

Né à Stuttgart (Wurtemberg), le 11 mars 1865.

CONTRIBUTION A LA PATHOGÉNIE

ET A LA

Clinique des Tumeurs kystiques salpingiennes

A FORME IRRÉGULIÈRE

Président : M. TILLAUX, professeur.

Jury { professeur : M. TUFFIER.
agrégés : MM. VARNIER et WALTHER.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHEL.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	N.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TERRIER.
Pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
	{ G. SEE.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Maladies des enfants.	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
	{ TILLAUX.
Clinique chirurgicale	{ BERGER.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARIE.	THIERRY.
ALBARRAN.	GILBERT.	MENÉTRIÉR.	THOINOT.
ANDRÉ	GILLES DE LA	NELATON.	TUFFIER.
BAR.	TOURETTE.	NETTER.	VARNIER.
BONNAIRE.	GLEY.	POIRIER, chef des	WALTHER.
BROCA.	HARTMANN.	travaux anatomiques	WEISS.
CHANTEMESSE.	HEIM.	RETTÉTER.	WIDAL.
CHARRIN.	LEJARS.	RICARD.	WURTZ.
CHASSEVANT.	LETULLE.	ROGER.	
DELBET.	MARFAN.	SÉBILLEAU.	

Le secrétaire de la Faculté : M. CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MM. E. KRAUSS & O. BUHLER, A PARIS

Hommage d'amitié et de reconnaissance.

AVANT-PROPOS

Les observations cliniques et anatomiques que j'ai recueillies pour cette thèse sont dues à l'extrême bienveillance de M. le docteur Quenu, qui a bien voulu m'autoriser de suivre son service de chirurgie à l'hôpital Cochin et m'a permis de faire des recherches anatomiques à l'amphithéâtre de Clamart. Je le prie ici de daigner agréer l'hommage de ma sincère reconnaissance et de ma profonde estime.

Aussi je saisis avec plaisir l'occasion d'exprimer ma respectueuse gratitude à M. le docteur Maygrier, qui m'a donné l'autorisation de faire des recherches embryologiques dans son service d'accouchement à l'hôpital Lariboisière.

Je prie M. le professeur Tillaux de croire à ma complète reconnaissance, pour le grand honneur qu'il m'a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

INTRODUCTION. — HISTORIQUE

Les tumeurs kystiques des trompes de Fallope, appelées pyo-hydro et hémato-salpinx, peuvent revêtir deux formes bien différentes l'une de l'autre. D'une part, on voit des tumeurs régulièrement distendues et lisses, et qui ne forment qu'un kyste unique en forme de poire, la grosse extrémité répondant à l'orifice externe, la petite à l'orifice utérin. Dans d'autres cas, elles sont transformées en des tumeurs flexueuses et courbes; elles présentent à leur surface extérieure une ou plusieurs bosselures, entre lesquelles des sillons plus ou moins profonds font saillie dans l'intérieur de la trompe sous forme d'éperons en produisant des rétrécissements de la lumière de la trompe et en la divisant dans une série variable de cavités d'une grandeur et d'une largeur différentes.

L'évolution de la tumeur en forme de poire s'explique par d'elle-même, tous les auteurs y sont d'accord, je n'y insisterai pas. Il suffit de citer l'expérience de M. Sappey¹ qui dit que, si l'on distend légèrement la cavité des trompes, soit en les insufflant, soit en les injectant, on remarque qu'elles augmentent peu à peu de calibre, jusqu'à leur extrémité externe, où elles s'épanouissent subitement et largement.

Quant à la forme irrégulière, il y a des divergences d'opinion entre les auteurs.

M. Schröder ², et avec lui beaucoup de gynécologistes, ont incriminé la différence de l'extensibilité entre la trompe et son mesosalpinx, ce dernier ne suivant pas les distensions de la trompe, lui imprimerait une forme flexueuse et contournée. L'opinion de Farre ³, qui insiste sur l'excès du liquide sous la pression duquel la trompe deviendrait irrégulière, se rapproche en principe de celle de Schröder, tandis que pour Ziegler ⁴ la trompe reste irrégulière quand elle contient peu de liquide; mais si ce dernier augmente, la forme se régularise.

M. Delbet ⁵ fait observer qu'à part des opinions, que je viens de citer, on peut encore admettre que des adhérences, des néomembranes peuvent se former et empêcher la trompe de se dilater, là où elles persistent; ou enfin que l'inflammation pourrait amener en certains points de la paroi tubaire des altérations qui diminuent la résistance et qui déforment ainsi l'organe. Reymond ⁶ fait valoir surtout les coutures dans l'intérieur de la tumeur et les explique par l'allongement de la muqueuse, à la suite de l'inflammation, sans augmentation correspondante de la séreuse. Farre ³ a également constaté la présence fréquente des éperons dans l'intérieur, des valvules, comme il les appelle, qui diviseraient la cavité dans plusieurs parties inégales, communiquant l'une avec l'autre par des orifices étroits.

Mais aucune de ces théories ne saurait satisfaire autant que celle qui fut émise par M. le professeur W.-A. Freund ⁷,

à savoir que cette configuration irrégulière et contournée des tumeurs kystiques salpingiennes ne se présente que dans les cas où la trompe s'est trouvée auparavant dans un état de développement imparfait. A l'appui de son opinion cet auteur a fait une série de recherches anatomiques qui lui ont fourni les résultats suivants. Pendant la descente des ovaires, les trompes qui l'accompagnent prennent chez le fœtus, vers le 7^e et le 8^e mois, une disposition en spirale, qui commence au niveau de l'extrémité utérine et qui se poursuit en donnant lieu à 6 à 7 tours et demi. A partir de la 32^e semaine, où le maximum de cette disposition est atteint, les trompes s'allongent, et ainsi la torsion en spirale tend à diminuer. Chez le nouveau-né, les tours ne sont pas encore complètement effacés, à la partie externe on en voit encore. Pendant la vie extrautérine, l'évolution continue, le dernier tour de spirale qui subsiste est le plus externe. Au moment de la puberté, l'évolution est terminée, mais la trompe garde dans la forme flexueuse de sa partie externe un vestige de sa configuration antérieure.

Le redressement normal qui se produit de la naissance à la puberté peut s'arrêter à un moment quelconque de son évolution par des causes inconnues. Or, par la torsion persistante, le calibre des trompes présente une succession de points rétrécis alternés par des parties d'une largeur normale. Une atteinte à la perméabilité de ces conduits, et par conséquent un trouble de leur fonction en résulte, et ainsi est créée une disposition à la naissance des maladies ou au moins, à la fixation des processus pathologiques qui y sont parvenus d'ailleurs. Si, par n'importe quelle cause, une collection kystique s'est établie dans une pareille trompe, la

tumeur revêtira également une forme entrecoupée et flexueuse.

C'est cette forme, si fréquente et si bien connue aux chirurgiens, pour laquelle on avait cherché des explications mécaniques, et que M. Freund ⁷ ainsi attache à un simple arrêt de développement d'un organe, qui dans le cours normal de son évolution doit parcourir, comme il l'a montré par ses constatations anatomiques, une série compliquée de transformations.

De plus, M. Freund a insisté sur ce fait très curieux, que quelquefois cet arrêt du développement des trompes s'accompagne d'autres manifestations de même ordre et qui portent surtout sur les organes, dont l'évolution est mise en jeu dans la puberté, dans cette courte période pendant laquelle, par une série d'altérations importantes, le corps de la jeune fille passe de l'état d'enfant à celui de femme mûre. Or, cet ensemble, que je vais citer, ne correspond pas à un certain âge déterminable de l'enfance, mais, au contraire, c'est un état de femme pourvue de facultés reproductrices sans en avoir l'apparence, ayant gardé d'une façon plus ou moins nette les signes caractérisant l'enfance en général.

M. Freund en a recueilli les plus fréquents et les plus significatifs et, en leur donnant un certain relief, il les décrit sous le nom d'infantilisme.

Voici le tableau clinique d'une femme atteinte d'infantilisme : la taille est petite, les courbures normales de la cyphose thoracique et la lordose lombaire sont peu accusées, le bassin est très peu incliné, le sacrum, dont la largeur et l'excavation sont diminuées, descend à peu près perpendiculairement dans

le bassin et concourt mal à la formation de la saillie du promontoire, et les os iliaques sont moins obliques qu'à l'état normal. Le détroit supérieur a un diamètre antéro-postérieur relativement grand et un diamètre transverse relativement petit, l'orifice inférieur du bassin est rétréci en entonnoir.

A la suite de la faible inclinaison du bassin la vulve regarde en avant et n'est guère cachée par les cuisses dans la station debout. Le pénil est peu saillant, les poils sont rares, les grandes lèvres sont minces et plates et laissent apparaître entre elles les nymphes et le clitoris. Le vagin est court et étroit, le cul-de-sac postérieur est peu profond, la longueur du col égale ou dépasse celle du corps de l'utérus, dont la cavité est plutôt rectangulaire que triangulaire, quelquefois même l'utérus est en arcuatus ou double.

Le tissu adipeux du corps entier est mal développé, par conséquent les seins ne seront pas bien saillants, ni les fesses bien bombées, entre les cuisses rapprochées on verra une parenthèse, ce qui n'a jamais lieu chez la femme bien faite.

A la tête on trouvera une prépondérance du crâne aux dépens de la face, le larynx est mince et traduit sa petitesse par une voix un peu aiguë.

Aussi dans les parties internes, si l'on a l'occasion de pratiquer des autopsies, on trouve des signes appartenant à ce syndrome d'infantilisme ainsi qu'un thymus plus grand que d'ordinaire, une vessie pointue en haut faisant reconnaître des traces de l'ouraque, une appendice vermiforme longue et avec large porte d'entrée. Le système circulatoire entier se trouvent même quelquefois en état de hypoplasie qui suivant Virchow ⁹, prédispose le sujet à des

chloroses rebelles à tout traitement. De plus, ces anomalies des trompes causeraient une dysménorrhée dès l'apparition des règles et prédisposeraient à la grossesse tubaire.

Or, M. Freund⁸ a même cherché à établir un antagonisme entre l'infantilisme et l'acromégalie, en se basant sur ce fait que les avant-bras et les jambes, les mains et les pieds, qui ont des dimensions exagérées dans l'acromégalie, seraient au contraire, dans l'infantilisme d'une petitesse plus accentuée qu'on ne suppose par rapport à la grandeur et l'état général de la femme; mais comme ces quelques observations, qui ont été faites occasionnellement à ce propos, ne furent pas examinées au point de vue anthropométrique, je n'oserais soutenir cette manière de voir.

Il est vrai que M. Lawson Tait¹⁰ a mis l'arrêt de développement des trompes avant Freund en ligne de compte pour l'étiologie des salpingites. Mais il ignorait leur marche d'évolution dans la vie foetale, il ne visait que des rétrécissements ou des oblitérations congénitales des extrémités de la trompe. Ainsi cette observation de Lawson Tait n'a rien de commun avec la théorie de Freund.

Après avoir expliqué cette doctrine d'une façon assez détaillée, je vais jeter un coup d'œil rapide sur leur histoire et étudier les opinions des auteurs qui se sont occupés de la question.

En Allemagne, où cette théorie est née, elle est vite entrée dans les classiques. Fritsch¹¹, Winkel¹², et Martin¹³ la citent; les deux premiers la défendent, le dernier, se basant sur les recherches de Wendeler¹⁴, la conteste.

En France, M. Delbet⁵, dans son traité, parle largement de cette théorie; il est d'avis que les faits anatomiques

avancés par Freund sont indiscutables, et qu'il faut reconnaître qu'une trompe incomplètement développée se distend d'une façon irrégulière lorsqu'elle devient le siège d'un épanchement; mais il laisse la question pendante, si, en réalité, la tumeur salpingienne irrégulière est d'ordinaire causée par cet arrêt, ou bien par d'autres raisons, comme celles que nous avons citées plus haut. M. Pozzi ⁴⁵ s'exprime d'une façon analogue. Il trouve que la théorie de Freund exagère en réclamant l'arrêt de développement comme la règle pour la pathogénie de ces tumeurs.

En Amérique, des constatations anatomiques aboutissant aux mêmes résultats que ceux de Freund, furent publiées par M. Williams ⁴⁶.

En Russie également, M. Popoff ⁴⁷, de la clinique d'accouchement de Saint-Petersbourg, a fait un travail sur l'évolution des trompes, où il confirme les recherches embryologiques de Freund. Je reviendrai plus tard sur ces observations.

A la fin de ce travail on trouvera une observation clinique et des observations anatomiques qui ont trait à la question qui nous occupe. La première nous a paru très intéressante au point de vue de l'état général de la malade, qui est un modèle pour ce syndrome d'arrêt du développement, décrit par Freund sous le nom d'infantilisme, et qui n'est pas trop fréquent. Les constatations anatomiques serviront de pièces justificatives pour mon opinion sur l'évolution des trompes dans la deuxième moitié de la grossesse.

NOTIONS EMBRYOLOGIQUES

Avant d'entrer dans les détails sur le sort des trompes dans la deuxième moitié de la grossesse, époques à laquelle mes recherches embryologiques se sont bornée, je résumerai en quelques lignes l'évolution des conduits de Muller, qui sont les précurseurs des oviductes. J'emprunte ces notions embryologiques aux travaux de MM. Debierre ¹⁸ et Hertwig ¹⁹.

Il existe dans l'œuf, de chaque côté de la corde dorsale, un sillon parallèle à l'axe de l'embryon et qui fait saillie dans la cavité pleuropéritonéale; c'est le pli urogénital, qui renferme les parties qui contribueront à former les organes génitaux internes et les reins et qui offrent dans leurs rapports génésiques et dans leurs rapports anatomiques des connexions tellement intimes qu'il serait impossible à décrire le développement de l'un sans parler largement de l'autre. On trouve dans ce pli, en allant d'avant en arrière, les conduits de Muller, le canal de Wolff et l'uretère. Le pli descend en s'atténuant vers l'extrémité caudale de l'embryon et les organes viennent s'ouvrir dans le bout inférieur de l'intestin, qui a reçu à cause de cela le nom de cloaque. Les corps de Wolff ont les formes de deux fuseaux étendus du cloaque jusqu'au niveau des derniers arcs branchiaux. Le péritoine qui les enveloppe donne un repli inférieur qui s'a-

vance vers le canal inguinal et qui forme plus tard le gubernaculum testis chez l'homme, le ligament rond chez la femme.

Chez l'homme, le canal de Wolff persiste dans toute sa longueur, et en se modifiant il devient le canal de l'épididyme, le canal défèrent la vésicule séminale et le canal éjaculateur ; chez la femme le canal de Wolff oblitère et ne laisse pour trace que les canaux efférents de l'organe de Rosenmuller.

L'uretère se présente d'abord comme un diverticulum de l'extrémité cloaquale du canal de Wolff, et ce n'est que plus tard que ce conduit va souvrir dans le cloaque. En montant en arrière du canal de Wolff, il envoie à une certaine hauteur des branches transversales, qui répondent aux futures canalicules urinifères.

Le conduit de Muller situé en haut au côté externe croise le canal de Wolff en descendant à l'embouchure dans le sinus uro-génital. Il est également ouvert à son bout supérieur, qui se jette dans la cavité pleuro-péritonéale. Chez l'homme, la destinée des conduits de Muller est de disparaître et seulement la matrice prostatique et l'hydatide non pédiculée de Morgani traduisent leur existence antérieure. Chez la femme, au contraire, ils persistent dans leur entier. Leurs moitiés inférieures s'accolent et fusionnent sur la ligne médiane, formant ainsi une cavité unique, qui se subdivisera plus tard en utérus et en vagin. Leurs moitiés supérieures restent indépendantes et forment les trompes de Fallope, qui continuent à s'ouvrir dans la cavité péritonéale par un orifice dilaté en forme d'entonnoir (pavillon). La soudure des conduits de Muller en conduit utéro-vagi-

nal s'effectue dans le courant du deuxième mois chez l'embryon humain.

C'est jusqu'à ce point là que les histologistes poursuivent en général le développement des trompes, qui à partir de ce moment perd son intérêt pour l'embryologie et pour l'anatomie comparée, et c'est le grand mérite de M. Freund⁷, qu'il a continué les recherches sur le sort des trompes de la moitié de la grossesse jusqu'à la puberté pour chercher à élucider la pathogénie des affections tubaires.

J'ai déjà cité (page 9) ses résultats, je n'y insisterai plus. Williams¹⁶ et Popoff¹⁷ ont fait plus tard des observations anatomiques dans le même sens et ils soutiennent la façon de voir de Freund, quoique dans les tableaux, où ces observateurs reproduisent les figures de leurs préparations des trompes, on ne puisse voir une torsion en spirale bien accusée. Wendeler¹⁴ et Nagel²⁰ ont aussi étudié cette question et leurs constatations anatomiques ne concordent pas avec celles de Freund. Ces auteurs prétendent qu'ils n'ont jamais vu une disposition en spirale de 7 à 8 tours, et que les trompes des fœtus en présentent que des plis ou des coudures, qui peuvent quelquefois donner l'aspect d'un ou de plusieurs tours de spirale et que cette configuration irrégulière n'a pas son maximum au commencement du 8^e mois, mais plutôt à la fin du 9^e.

Comme ancien élève de M. Freund j'avais entrepris des recherches anatomiques à Paris, dans le but d'apporter par une série de dissections un nouvel appui à sa théorie; mais elle m'ont conduit, au contraire, à modifier à cet égard les idées dont j'étais imprégné jusqu'alors par l'autorité de mon maître. J'ai abouti aux mêmes résultats que Wendeler¹⁴ et Nagel²⁰, dont j'ignorais du reste les travaux

dans le cours des dissections que j'ai faites à cet égard.

J'ai pratiqué une vingtaine de dissections, qui portaient sur des fœtus et sur des nouveau-nés. Voici les résultats de mes recherches, dont on trouvera les pièces justificatives énumérées d'une façon plus détaillée à la fin de ce travail.

Le plus jeune fœtus, que j'ai dissecé, était d'une longueur de 31 centimètres, ce qui, suivant le tableau dans le traité d'obstétrique de MM. Ribemont et Lepage²¹, correspond à l'âge de 22 semaines. Les deux trompes descendaient presque verticalement; elles présentaient 3 à 4 légères ondulations de chaque côté, leurs bouts supérieurs se trouvaient au niveau du troisième disque vertébral lombaire. En allongeant les trompes, on pouvait facilement effacer les ondulations. A partir d'une longueur de 36 centimètres ou de la 26^e semaine, le trajet des trompes était oblique, les ondulations étaient plus fréquentes et plus accusées; plus tard, en accentuant leurs courbures, les ondulations sont devenues des coudures, au nombre de 5 à 8. Enfin, en se rapprochant plus du petit bassin, en moyenne vers le dernier mois, les coudures de la moitié externe s'entremêlent et forment un peloton, et ainsi les trompes arrivent au niveau du détroit supérieur, où leur axe longitudinal général est presque horizontal. A cette époque les irrégularités ne peuvent plus être effacées en essayant à allonger les trompes, seulement en leur enlevant par dissection leur gaine péritonéale on les peut redresser. Or, vers le moment de la naissance, j'ai trouvées les trompes dans le petit bassin derrière l'utérus, dont elles sont séparées par les ovaires, qui, ayant encore gardé leur forme fœtale et longitudinale, s'interposent nettement entre le bord de l'utérus et

la masse allongée des trompes pelotonnées. C'est plus tard, dans la vie extra-utérine, que le redressement commence.

Il nous semble qu'il ne faut pas attacher beaucoup d'importance au nombre des ondulations ou des coudures, non plus à la notion exacte de l'époque où les différentes dispositions s'observent, car il existe une assez grande variabilité à cet égard. Souvent j'ai même vu que les deux trompes du même individu étaient, quant à leur évolution, assez différentes l'une de l'autre.

Quelques observateurs ont avancé que la descente des ovaires et des trompes dans le petit bassin ne serait qu'un fait passif, puisque les organes constituant le petit bassin se déplaceraient par accroissement en haut par rapport aux ovaires et aux trompes. Je ne peux pas me rallier à cette façon de voir, car, comme je viens de le dire, j'ai trouvé assez souvent une forte inégalité de niveau des annexes de l'utérus des deux côtés, tandis que le développement du bassin a été toujours symétrique et normal.

Dans le vieux traité de M. Boinet ²², on trouve une note sur l'évolution des trompes, que je ne peux que relever et soutenir; on y lit qu'à 5 mois on commence à s'apercevoir des flexuosités qui, d'abord peu prononcées, deviennent plus grandes de manière que, dans les deux derniers mois et au moment de la naissance, elles sont plus fluxueuses que chez l'adulte, disposition qu'elles conservent encore pendant le cours des premières années de la vie.

Aucun des observateurs après Freund n'ayant vu une disposition en spirale bien accusée, je suis enclin à croire que les trompes qu'il avait examinées étaient bien des cas exceptionnels.

Pour se faire une idée, à l'aide d'un exemple, des rapports entre les coudures que j'ai observées et la disposition en spirale, j'invite à prendre un tube de caoutchouc et à lui imprimer quelques tours de spirale. Comprimez la spirale latéralement et on obtient la forme d'une ligne coudée. Pour les trompes, c'est dans le sens inverse, que les choses se passent; nous avons comme point de départ la ligne cordée, les coudures sortent quelquefois du plan commun et c'est ainsi que l'apparence d'une spirale se peut produire.

Je n'ai pas cru nécessaire de donner des figures des trompes telles que je les ai observées, puisqu'elles ressemblent presque exactement à celles qui furent reproduites par Wendeler ⁴⁸.

Avant de passer à la partie clinique de ce travail, je rappelle que, malgré cette modification que mes constatations anatomiques m'ont engagé à apporter à la théorie de Freund, je suis entièrement convaincu du rapport entre l'arrêt du développement et la forme irrégulière des tumeurs salpingiennes. Dans l'intention de faire ressortir de nouveau ce fait, je vais entrer dans l'exposé clinique.

Bien entendu je ne prétends pas que toutes les tumeurs kystiques des trompes à forme irrégulière reposent sur un arrêt du développement, car par des brides péritonéales à la surface, par des adhérences ulcéreuses de la lumière, par des tumeurs solides ou enfin par des déplacements des organes voisins, des effets semblables peuvent être produits, mais je suis bien porté à croire que ces derniers faits sont des exceptions et que l'arrêt du développement est la cause principale pour la production des tumeurs en question.

Comme les trompes douées de cette malformation peuvent présenter un nombre infini de variétés, et que les réflexions et les conclusions sur leurs maladies sont profondément modifiées suivant l'exagération ou l'atténuation des irrégularités, je ne viserai, en parlant des trompes malformées, que les cas où il y a une véritable gêne dans la fonction de cet organe, gêne de la perméabilité.

ÉTIOLOGIE. ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Les inflammations des trompes normalement développées sont produites ou par la propagation d'un processus inflammatoire des organes voisins, surtout de nature blennorrhagique ou puerpérale, ou par l'établissement direct des affections dans les trompes, comme la tuberculose, la syphilis ou même l'actinomycose. L'importance et la fréquence de la première catégorie prime largement sur la seconde. Les salpingites originelles liées aux troubles de la menstruation ou aux excès vénériens sans aucune lésion inflammatoire antérieure ne sont plus guère admises par les gynécologistes.

Ces maladies sont naturellement communes à toutes les sortes de trompes. Mais ce qui caractérise les trompes mal développées, c'est que, même sans être le siège d'une maladie, il existe une gêne de perméabilité et que, par ce fait, elles sont abandonnées plus facilement à l'envahissement et à la fixation d'un processus pathologique.

Si la gêne ou l'arrêt de perméabilité à lui seul suffit pour produire une tumeur kystique, c'est une question qu'on ne saurait encore trancher. Les expériences faites sur des animaux, auxquels on a ligaturé les trompes, ont fourni des résultats équivoques, Landau²³ et Keherer²⁴ ont pris les trom-

pes entre deux ligatures, ils ont vu se former des épanchements dans quelques cas, dans d'autres, ils ont manqué. Woskressensky²⁴, au contraire, a toujours observé des collections séreuses après la ligature double des trompes des lapins, même après la ligature du bout externe seul. Probablement c'est encore un autre agent, l'infection, qui dans ces cas, à part les troubles mécaniques, doit intervenir pour la production d'une tumeur kystique.

Mais prenons le cas, où il existe déjà un processus inflammatoire de la trompe, alors la gêne de perméabilité sera d'une action très fâcheuse. L'inflammation n'augmente pas seulement les sécrétions à éliminer, mais aussi, par le fait du gonflement de la muqueuse, elle tend à rétrécir encore plus les voies de sortie en donnant plus de saillie aux coutures et aux éperons, qui descendent dans la lumière. De cette disproportion entre la sécrétion et entre l'élimination résultera très facilement un dépôt de matières pour constituer la tumeur kystique.

Dolériss²⁶ et Monprofit²⁷ soutiennent même qu'une gêne de perméabilité de la matrice seule, « le drainage défectueux de l'utérus », est un agent puissant pour l'établissement des complications salpingiennes. Une occlusion plus ou moins complète du col ou de la cavité utérine par des inflammations, tumeurs ou déplacements, ferait stagner les sécrétions de la muqueuse légèrement altérée et engendrerait ainsi la métrite et la salpingite.

La voie suivant laquelle les trompes sont prises dans les inflammations consécutives aux métrites a été l'objet d'une très vive discussion dans la Société de chirurgie de Paris, en 1888. M. Lucas Championnière²⁸ avait fait ob-

server que l'inflammation de la trompe est toujours plus marquée au bout externe qu'au bout utérin, et il en avait conclu que ce sont les voies lymphatiques qui transportent les agents infectieux ; mais il fut réfuté par M. Quenu ²⁹, qui insistait sur ce fait que les salpingites ordinaires sont d'abord des endosalpingites et non des salpingites pariétales, et que le pus occupe la cavité de la trompe et non la paroi.

Quant à la fréquence des salpingites en général, les auteurs ne sont pas d'accord. Comme la plupart d'entre eux y voient une maladie fort répandue, d'autres, comme M. Spencer Wills ³⁰, de Londres, prétendent le contraire. M. Tillaux ³¹, qui nie le droit de trancher les affections des trompes, des ovaires, des ligaments larges et du péritoine pelvien, parce que, suivant lui, elles ne sont ni isolées ni isolables en raison de leur continuité et de leur contiguité, enseigne que, après l'utérus, la trompe est l'organe le plus fréquemment atteint, puisqu'elle est l'intermédiaire obligé entre l'endométrite qui est le point de départ et la pelvipéritonite, qui est l'aboutissant ultime des phlegmasies utérines.

Parmi les tumeurs kystiques des trompes celles à forme irrégulière sont plus fréquentes que celles à forme régulière.

En ce qui concerne la question de la bilatéralité ou unilatéralité de ces affections, je ne saurais citer une opinion plus simple et plus séduisante que celle de M. Delbet ⁵, savoir que dans les salpingites causées par des métrites l'affection utérine se transmet d'abord à l'une des deux trompes et que la salpingite commence à être unilatérale,

mais que, si on laisse le tout évoluer, tôt ou tard, dans un laps de temps variable, la seconde trompe est envahie et que la salpingite devient bilatérale.

L'âge des malades qui souffrent de cette affection correspond à la période active des fonctions génitales, à l'âge de 20-40 ans.

Il me semble probable que les trompes à développement imparfait sont douées, comme tous les organes mal conformés, d'une moindre résistance et qu'ils deviennent par conséquent plus aptes à contracter des processus morbides.

Pour l'infantilisme en général, on ne saurait connaître les causes, non plus que pour la fistule branchiale du cou ou pour la gueule du loup, qui sont, elles aussi, des manifestations d'un arrêt de développement à cause inconnue.

Dans ces derniers temps, on a fait beaucoup de recherches sur la bactériologie des salpingites; je cite surtout les thèses de Reymond ⁶ et Charrier ³²; mais comme ces questions ne touchent pas directement à mon sujet, je ne fais que les aborder tout brièvement. Le gonocoque et le streptocoque sont trouvés depuis longtemps, on leur a ajouté le staphylocoque, le pneumocoque, le colibacille et le bacille de Koch, on a également observé des infections mixtes et des épanchements stériles.

Ayant déjà décrit la forme extérieure de la tumeur salpingienne irrégulière, je n'ai rien de particulier à signaler pour l'anatomie pathologique, si bien étudiée d'ailleurs par MM. Cornil et Terrillon ⁵⁸. Le seul point sur lequel je voudrais attirer l'attention, c'est que dans ces tumeurs les irrégularités sont encore plus prononcées à l'intérieur, qu'on ne le suppose en regardant la tumeur d'en dehors. Dans un

cas (voyez l'observation clinique) où j'ai coupé longitudinalement la tumeur congelée, j'ai vu un éperon descendant dans la lumière, à un point où on n'a vu extérieurement qu'une légère ondulation. Reymond ⁶, qui a très attentivement examiné le trajet de la lumière par dissection et par coupes microscopiques, insiste également beaucoup sur ce fait dans sa thèse et le montre par des tableaux bien démonstratifs.

SYMPTOMES ET MARCHE

Avant de parler des symptômes et de la marche des tumeurs salpingiennes à forme irrégulière, il est utile de passer en revue les signes des salpingites ordinaires, pour en arriver à établir les différences entre les deux formes.

Les salpingites débutent presque toujours d'une façon insidieuse, les cas aigus seraient, suivant M. Delbet⁵, d'une rareté extrême, on ne les trouverait guère en dehors de l'infection puerpérale et les fréquentes crises aiguës seraient dues aux périsalpingites, qu'on regarde même comme un signe caractéristique des salpingites à vieille date, tandis que la salpingite elle-même évolue sourdement.

Les douleurs ont leur siège dans l'une ou dans les deux fosses iliaques et irradiant vers la région lombaire ou fessière ou le long de la face interne de la cuisse. Elles peuvent être continues, ou elles se présentent d'une façon intermittente, en accès, ce sont les coliques salpingiennes, elles rappellent les douleurs de l'accouchement et on les a attribuées aux contractions de la tunique musculaire de la trompe. Quelquefois, on n'observe qu'une simple pesanteur dans l'abdomen, ou l'absence parfaite des douleurs. Des troubles de la miction se montrent rarement, des troubles

de la défécation plus fréquemment. Le coit est presque toujours douloureux, quelquefois même impossible. La menstruation est souvent profondément altérée des métrorrhagies et des ménorrhagies graves sont substituées au type normal.

L'élévation de la température est rare, la fièvre n'éclate d'ordinaire, que quand des complications, qui intéressent le péritoine, se sont produites.

La marche est toujours chronique. Des mois, des années peuvent passer sans que la maladie produise un retentissement sérieux sur l'état général ; dans d'autres cas, cette affection devient une source de souffrances pour la femme, elle maigrit, elle perd ses forces, le travail ou même chaque effort lui causera des douleurs et un état nerveux insupportable s'établira.

Dans les cas favorables, la poche se vide dans l'utérus et ainsi la guérison peut s'effectuer, la tumeur peut aussi se réduire par résorption du contenu même après une assez longue durée. Le pus, après destruction de la poche par suppuration, peut s'écouler par des voies anormales dans le vagin, la vessie ou au dehors à travers la paroi abdominale. Des ruptures complètes dans la cavité péritonéale peuvent se faire et emporter rapidement la malade, plus souvent la terminaison fatale est causée par la généralisation d'une péritonite, qui était localisée autour de la trompe, ou sans propagation directe du pus par la septicémie ou la pyohémie.

Pour les trompes mal développées, les manifestations cliniques sont encore plus graves. Les sécrétions inflammatoires s'écoulent plus difficilement et ont une tendance à

séjourner dans la cavité salpingienne, elles déterminent par leur présence une irritation continuelle de la muqueuse et prêtent un terrain favorable à l'envahissement et à la pullulation des microbes et rendent ainsi une guérison par les voies naturelles presque impossible.

Je n'ose prétendre que les symptômes des maladies des trompes normalement développées ne puissent pas être aussi graves que celles que je viens de décrire. Je tiens seulement à faire remarquer que, en général, les salpingites localisées sur un organe mal conformé sont d'un caractère plus funeste que les autres.

Freund ⁷ a également invoqué la présence de cette malformation des trompes, comme causes pour l'établissement de la grossesse tubaire. Cette hypothèse est très séduisante, mais n'a pas encore des preuves satisfaisantes.

DIAGNOSTIC

Il est absolument impossible de distinguer les trompes mal formées hors de l'état d'inflammation, car le toucher bimanuel ne permet guère de sentir ces petits organes, et là où on les palpe, il est bien probable qu'ils ne sont plus sains. Si l'on a affaire à un sujet avec des signes bien accusés d'infantilisme, et si les règles, dès leur début, ont été troublées et douloureuses, on peut deviner l'existence de cette malformation, mais jamais on ne pourra aller plus loin.

Dans les cas d'inflammation, on peut plutôt déterminer l'espèce. Ayant trouvé qu'il s'agit d'un kyste salpingien, on cherchera à s'éclairer par le toucher sur sa forme, à voir si la tumeur est composée d'une série alternante de saillies et de dépressions, si l'on peut enfoncer le bout du doigt entre les bosselures. On examinera aussi, s'il existe une trace de dédoublement de l'utérus ou un autre vice de développement des parties génitales internes de la femme, ce qui faciliterait singulièrement le diagnostic.

Ainsi on peut arriver, en quelques cas, à poser le diagnostic ferme de la forme de la tumeur salpingienne; mais dans beaucoup d'autres cas, on se contentera du simple dia-

gnostic de kyste de la trompe, malgré les progrès considérables que l'art de reconnaître les affections pelviennes a faits dans ce dernier quart de siècle, on n'est pas mis sûrement à l'abri des erreurs, même pour les salpingites simples.

Les caractères fondamentaux sur lesquels le diagnostic s'y pose sont, lorsque la tumeur est petite et latérale, sa mobilité et sa continuité avec la corne utérine, lorsque la tumeur est grosse, le sillon de démarcation entre elle et l'utérus. Dans ces cas, elle est tombée, alourdie par l'épanchement dans le cul-de-sac de Douglas et s'y est fixée par des adhérences ; c'est au moins la règle générale ; les autres situations qu'elle peut occuper et la conservation de sa mobilité sont exceptionnelles. Le doigt, entré dans le vagin, sentira derrière l'utérus, si l'affection est unilatérale, une masse arrondie, qui dépasse quelquefois la ligne médiane. Dans les affections bilatérales, le doigt peut être enfoncé quelquefois dans la dépression entre les deux extrémités des trompes, si elles ne sont pas transformées par les effets d'une pelvi-péritonite en une grosse masse unique. L'utérus est déplacé et se trouve du côté opposé de la tumeur, par conséquent, dans la grande majorité des cas en avant vers la symphyse, et en même temps, suivant les circonstances, un peu à droite ou à gauche, car les tumeurs salpingiennes du cul-de-sac de Douglas ne sont pas nettement postérieurs par rapport à l'utérus, elles sont rétro-latérales. Là où les tumeurs sont bilatérales, la grandeur de l'une prime généralement sur celle de l'autre, et le déplacement antéro-latéral de l'utérus persiste.

Les phlegmons se distinguent par leur siège nettement

latéral, leur continuité avec l'utérus sans sillon de séparation et par leur immobilité. Les tumeurs franchement postérieures, qui dépriment le cul-de-sac postérieur et repoussent l'utérus directement en avant sont des pelvi-péritonites ou bien des hématoécèles, qui sont du reste une affection assez rare.

Le diagnostic différentiel des fibromes de l'utérus et des kystes de l'ovaire, n'est pas toujours facile. D'une façon générale, la bilatéralité des tumeurs, leur sensibilité à la pression, des manifestations inflammatoires et aiguës sont autant des signes plaidant en faveur d'une salpingite.

Pour reconnaître la nature du contenu d'un kyste salpingien, on peut avoir recours aux ponctions exploratrices. Cette opération est même dans les conditions d'asepsie parfaite extrêmement dangereuse, parce qu'elle expose à l'issue du liquide septique dans la cavité péritonéale. La valeur des résultats qu'elle fournit n'est pas en rapport avec les dangers auxquels elle expose ; par conséquent la majorité des chirurgiens l'ont abandonnée.

Dans les cas où les parois abdominales seraient très tendues, ou l'examen par des altérations inflammatoires serait très douloureux, l'anesthésie des malades devient nécessaire. Par précaution, on videra l'intestin d'avance, non seulement pour rendre plus facile le toucher rectal, dont on se servira dans les cas embarrassants, mais aussi pour se mettre à l'abri de prendre une anse intestinale chargée de matières fécales, pour une tumeur pathologique.

PROGNOSTIC. TRAITEMENT

De ce que nous avons dit à propos des symptômes de la marche et des chances de guérison des tumeurs kystiques des trompes mal formées, on peut tirer immédiatement la conclusion que leur pronostic est des plus fâcheux et que l'extirpation d'emblée s'impose.

C'est le point le plus saillant et le plus important pour la pratique chirurgicale, qui se dégage des recherches anatomiques. Freund ⁷, dans son premier mémoire où il avait attiré l'attention sur cet arrêt de développement, a déjà fait valoir cette conséquence pour la conduite à suivre dans le traitement des salpingites, et, dans les cas cliniques que j'ai publiés ³³, j'ai également insisté sur l'indication formelle d'une intervention chirurgicale rapide.

Sur les indications opératoires des tumeurs enkystées des trompes en général, les avis des cliniciens ne sont pas d'accord ; peut-être cette divergence de la façon de voir dépend-elle de ce qu'on n'a pas tenu compte jusqu'alors de cette variété de salpingites localisées sur un organe mal formé et qui sont le sujet de ce travail.

Passons en revue les préceptes des maîtres sur la conduite à tenir vis-à-vis des tumeurs salpingiennes enkystées en général ! On se trouve en face de deux opinions assez

différentes l'une de l'autre. L'une, en regardant ces tumeurs pour une menace contre la vie par la possibilité continuelle de la rupture dans le péritoine, conseille l'intervention rapide et repousse toute temporisation et toute thérapeutique palliative; l'autre, moins pessimiste au point de vue thérapeutique, ne regarde l'extirpation que comme dernier recours, quand toute la série des traitements palliatifs a été pratiquée pendant 12 à 18 mois, sans obtenir aucun succès. Au nombre des partisans de la première méthode, je cite surtout M. Lawson-Tait ³⁴; tandis que la deuxième et qui est la plus moderne, est défendu par MM. Le Dentu ³⁶, Trélat ³⁵ et Munde ³⁷. D'autres auteurs se sont placés sur un terrain intermédiaire; M. Delbet ⁵ est d'avis que les salpingites diagnostiquées purulentes réclament une intervention rapide, tandis que les salpingites, cliniquement indéterminées et dont la tumeur est mobile et petite, doivent être traitées expectativement. Veit ³⁸ et Gusserow ⁴⁰ font dépendre l'indication d'extirper les trompes surtout de l'intensité des douleurs périmétriques.

Les moyens dont on se sert avant d'avoir recours à l'extirpation sont le massage suivant Thure-Brandt, l'électricité d'après Apostoli, le curettage de la cavité utérine conseillé par M. Pozzi ⁴³, la distension de la matrice d'après Valton ⁴¹ et Délérès ²³, ou la ponction et l'incision vaginale, chaleureusement recommandées par M. Landau ⁴³ et Vuillet ⁵³. La valeur et l'efficacité de ces procédés ne sont pas incontestables, employés sur une tumeur uniloculaire, ils pourraient à la rigueur donner des résultats favorables, mais

appliqués aux tumeurs que nous visons, ils ne pourraient guère donner une action satisfaisante.

Aussi, pour les mêmes raisons, je laisse de côté les méthodes conservatrices, le procédé de M. Térillon ⁴⁴ qui s'est borné à détacher les adhérences que les trompes avaient contractées avec les organes voisins et à les laisser en place elles-mêmes; la manière de Polk ⁴⁷ et de Mundé ⁴⁵, qui après le détachement des adhérences ont fait le lavage et le cathétérisme des trompes; et l'opération de Martin ⁴⁶, qui a encore poussé plus loin les tentatives conservatrices et qui, après avoir ouvert un abcès oophoro-salpingien, a créé un nouvel orifice sur le trajet de la trompe et l'a suturé à l'ovaire.

Si l'on est décidé à enlever les trompes avec la tumeur, la majorité des chirurgiens pratique l'opération de Lawson-Tait, la salpingo-oophorectomie. Voici leur manuel opératoire :

On fera une incision sur la ligne médiane assez grande pour y introduire aisément la main. Après avoir ouvert le péritoine, on détachera l'épiploon, qui est généralement adhérent aux organes du bassin; s'il y a des difficultés, on le sectionnera entre deux ligatures. Si les trompes elles-mêmes sont adhérentes, on se mettra à les décoller, ce qui expose, quand elles sont tendues, aux dangers d'une rupture dans la cavité péritonéale. Cet accident fâcheux n'est pas absolument mortel, on peut parer à ses suites par le lavage et le drainage, mais il vaudrait mieux ponctionner la tumeur avant de la mobiliser. Après l'avoir pédiculisé, on fait la ligature et, enfin, on coupe le pédicule et on le cautérise à l'aide du thermo-cautère de Paquelin. Puis, on

ferme le ventre par la suture et on met un pansement aseptique.

Cette opération peut être unilatérale ou bilatérale. Quand les annexes de deux côtés sont malades, il n'y a pas de doute qu'il faut les enlever de deux côtés, mais dans les cas où il n'y a qu'une affection unilatérale, qu'elle est la conduite à tenir ?

D'un côté, on a préconisé que l'opération doit être toujours bilatérale, car l'expérience enseignerait qu'après l'ablation d'un côté souvent l'autre est pris, de façon qu'il faut de nouveau pratiquer une intervention et, de plus, que les annexes ne sont pas nécessaires à la vie de la femme. Lawson-Tait ⁴⁸, autrefois adversaire de cette méthode, est passé dans le camp des partisans de l'opération bilatérale et avec lui la plupart des chirurgiens défendent cette conduite. Des autres au contraire s'élèvent contre l'ablation d'un organe sain, comme un abus et ils n'accordent à ôter que ce qui est malade, tout en soignant la métrite qui avait causé la salpingite, car de l'évolution ou de la suppression de la métrite dépend le sort de l'autre trompe.

Les cas en effet ne sont pas rares où, après l'ablation unilatérale des annexes, la femme est devenue enceinte et a mis au monde un enfant bien portant et à terme.

En pratiquant l'opération bilatérale, on déterminera la castration parfaite de la femme ; autrefois on avait prétendu que des inconvénients graves en résulteraient, savoir des modifications dans les caractères et les formes et des altérations de l'appétit sexuel. Koeberbé ⁴⁹, Hegar ³⁹, Lawson Tait ⁵⁰ et d'autres, ont repoussé cette objection, et en se basant sur les résultats de leur grande pratique, ils sou-

tiennent que, pour la femme adulte, ces modifications ne sont pas à craindre. Ainsi, par la ménopause anticipée, l'hyperémie périodique des organes génitaux cesse, d'où un retentissement favorable sera à noter sur la pelvipéritonite, qui accompagne toujours la salpingite chronique.

Si l'on voulait, au contraire, laisser les ovaires en enlevant les trompes, l'opération serait rendue beaucoup plus difficile, l'ovaire entouré d'adhérences étant intimement lié à la trompe. De plus, ces ovaires seraient, pour ainsi dire, des organes de luxe, n'ayant plus de fonction à remplir.

Passons à l'extirpation des annexes avec l'utérus par la voie vaginale, c'est l'opération de M. Péan ⁵¹, et qui fut présentée à la Société de Chirurgie de Paris, au cours de l'année 1891, par M. Segond ⁵².

Cette méthode gagne du terrain de plus en plus, malgré que des adversaires bien compétents s'y opposent encore. Je n'entre pas dans la discussion très agitée sur la valeur de cette opération, cela me mènerait trop loin.

Je ne cite que brièvement le manuel opératoire de ce procédé avec les modifications que M. Quenu ⁵³ y a apportées et qui me semblent offrir de précieux avantages : on commence avec l'incision vaginale sur le cul-de-sac postérieur ou plus souvent antérieur, on sépare la vessie en cheminant sur la ligne médiane et antérieure du col utérin, jusqu'au péritoine. Pour l'abaissement de l'utérus qui va suivre, on pratique la section totale de cet organe sur la ligne médiane. Au fur et à mesure qu'on sectionne, on place des pinces de traction; ayant gagné le fond, l'abaissement est terminé et l'utérus est complètement fendu sur

la ligne médiane. A ce moment, on a deux valves utérines munies chacune du pédicule annexiel, qui leur fait suite. La libération des annexes est faite avec l'index qui part de l'angle utérin, contournant, tirant, déchirant ce qui cède comme s'il procédait à une énucléation pendant une laparotomie. Alors seulement on s'occupe de l'hémostase en plaçant des pinces le long du bord du ligament large, en les échellonnant du haut en bas; cette voie, opposée à celle de la plupart des chirurgiens, faciliterait grandement le placement des pinces et rendrait la forcipressure plus efficace. Enfin, on fait la section au-dessous des pinces, qu'on laisse en place, et on met des tampons qui constituent le pansement.

Dernièrement, on a aussi appliqué les idées conservatrices à l'opération de Péan et on a pratiqué l'extirpation unilatérale ou bilatérale des annexes sous l'utérus par la voie vaginale. Landau ⁵³ a publié de la clinique de Jacobs six cas d'ablation unilatérale des annexes par le cul-de-sac postérieur et Duehrssen ⁵⁴ rapporte un cas de pyosalpinx opéré par lui, où il avait déterminé la sortie de l'utérus et des annexes par une incision du cul-de-sac antérieur, après avoir enlevé le pyosalpinx, il remplaçait l'utérus et suturait l'incision. 9 jours après, l'opérée guérie a quitté l'hôpital.

Les contre-indications à opposer à l'opération dont on a reconnu l'utilité, n'ont rien de particulier, elles ne consistent que dans une cachexie très accusée et une maladie avancée d'un autre organe. De plus, pendant les règles et pendant une poussée péritonéale aiguë on n'opérera pas.

Le pronostic de l'opération est aujourd'hui favorable.

Avec le maniement de l'antisepsie et de l'hygiène de jour en jour plus facile et plus parfait, les succès sont allés en augmentant.

Les meilleures statistiques que j'ai pu trouver dans la littérature chirurgicale à propos des ablations des annexes malades sont les suivantes :

Dans l'opération par la voie vaginale, celle de Zweifel⁵⁵, de Leipzig qui n'a eu qu'un seul décès sur 140 cas ; après vient Lawson Tait, de Birmingham, qui, dans la série de 474 opérations, a vu mourir 12 malades. Dans l'opération par la voie vaginale, les résultats les plus favorables furent obtenus par M. Péan⁵⁷ même, à Paris, qui entre 150 cas, n'a perdu qu'une seule malade, et après, par Jacobs, de Bruxelles, suivant la publication de Landau⁵³, qui a eu 3 cas de mort sur 149 opérations.

OBSERVATION CLINIQUE

E. M., âgée de 35 ans, mariée, ménagère, entre le 16 janvier 1896 dans le pavillon Pasteur de l'hôpital Cochin.

Antécédents héréditaires sans importance.

Antécédents personnels : Elle a appris à marcher de très bonne heure, même avant l'âge d'un an et elle n'était jamais atteinte de rachitisme. Règles à l'âge de 14 ans $1/2$, d'une façon régulière, mais accompagnées constamment de douleurs avant et pendant leur apparition. A part la scarlatine à l'âge de 9 ans et une fièvre typhoïde à l'âge de 12 ans, elle était bien portante jusqu'à l'âge de 19 ans, où, dans le cours de sa première grossesse, des attaques de rhumatisme ont débuté.

Deuxième accouchement à l'âge de 20 ans, à sa suite quelques douleurs à gauche. Les règles peu abondantes et accompagnées d'une légère leucorrhée avancent de 3 à 4 jours.

Il y a 3 ans elle a souffert à gauche de vives douleurs, qui ont persisté 3 mois; elle fut soignée avec des vésicatoires et des applications de morphine dans la région de la fosse iliaque gauche.

Depuis 1 an $1/2$ elle est prise de nouveau de douleurs dans la fosse iliaque gauche avec irradiation vers la sym-

physe et la face interne de la cuisse. Ces douleurs présentent les caractères de la colique salpingienne et sont suivies d'un léger écoulement blanchâtre. Au début, elles se montraient à intervalles irréguliers et assez éloignés, depuis un an l'accès est périodique, dure 8 heures avec les mêmes caractères et reste 24 heures sans reparaitre. Pendant l'intervalle de repos, la malade ne ressent aucune douleur, elle avait consulté à l'hôpital Necker, on lui conseilla le curetage, mais elle refusa.

État général : Taille très mince, grandeur 146 centimètres, le poids (au dire de la malade) était toujours 45 kilogrammes avec les habits. Colonne vertébrale, les tibias, les côtes sans déformations rachitiques. Tissu adipeux peu développé, parenthèse crurale assez prononcée. Parties génitales externes petites, peu de poils au pénil. Dans le décubitus horizontal la vulve avance presque entièrement sur les cuisses.

Diamètre bisépineux	24 cm. 1/2
Diamètre bisiliaque	26 — 1/2
Diamètre bitrochantérien	29 —

Cœur : la pointe bat dans le cinquième espace intercostal, dans la ligne du mamelon, la matité absolue va à droite jusqu'au bord droit du sternum, en haut jusqu'au bord supérieur du troisième cartilage costal gauche. Souffle systolique et diastolique au niveau du ventricule gauche (insuffisance et rétrécissement de l'orifice mitral). Pas d'œdèmes périphériques.

Toucher du 23 janvier : Col dur, entr'ouvert, déchiré à

droite, granuleux, regardant en arrière et à droite. Utérus assez volumineux, en antéversion et en latérotation gauche légère. Poche fluctuante de la grosseur d'un œuf de poule faisant saillie dans le cul-de-sac postérieur (salpingite gauche probable). Culs-de-sac gauche et postérieur douloureux au toucher.

Pendant son séjour à l'hôpital, légère amélioration, les crises sont moins douloureuses que d'habitude, le 1^{er} février viennent les règles et les douleurs reprennent.

Toucher du 7 février : Col entr'ouvert, cul-de-sac droit absolument libre, gauche complètement libre en avant, légèrement tendu en arrière par une masse non douloureuse, qui envahit le cul-de-sac postérieur. Par le palper abdominal on ne sent rien.

Opération par M. Quenu, 10 février 1896 :

Narcose par le chloroforme. Position de Trendelenburg. Incision sur la ligne médiane, un peu de liquide ascitique dans le péritoine. La trompe gauche se présente sous forme d'un grand boudin rouge. Comme elle est assez tendue, on en retire par la ponction environ 30 grammes de pus jaune-verdâtre et sans odeur. L'ovaire est enveloppé par de nombreuses adhérences. On enlève la trompe avec l'ovaire entre deux ligatures et cautérise le pédicule au moyen du thermocautère. La trompe droite est également distendue et enflammée, mais elle est moins grosse que la gauche. On l'enlève avec son ovaire par le même procédé, mais sans ponction préalable. On ferme le ventre, le péritoine et les muscles avec de la soie, la peau avec du crin. Température au soir 37°1.

11 février : température matin 37°1, soir 37°8. Vomissements.

12 février : matin 36°8, soir 37°4. Vomissements.

13 — matin 36°8, soir 37°2, etc.

20 — on enlève les fils.

2 mars : la malade se lève pour la première fois.

5 — elle quitte l'hôpital, elle ne souffre pas, la plaie opératoire est bien fermée.

L'examen des trompes m'a fourni les résultats suivants :

Trompe gauche : forme d'un boudin allongé et recourbé, longueur de la tumeur suivant la convexité 19 centimètres. Fluctuation bien accusée jusqu'au tiers intérieur, où la tumeur devient plus dure et presque solide. Il n'existe pas de torsions bien prononcées, seulement une série de dépressions échelonnées sur la moitié intérieure de la tumeur. Près du bout utérin se trouve un kyste soustéreux de la grandeur d'une noisette. Le péritoine est rouge et injecté.

J'ai fait congeler cette tumeur et je l'ai coupée alors au moyen d'une scie, suivant son axe longitudinal. J'ai observé par cette manière, qu'à une des dépressions qui n'était pas très accusée, vue extérieurement, correspondait un éperon de l'intérieur, qui occupait un tiers du calibre de la trompe distendue gonflée. Pour les autres dépressions, je ne pouvais voir rien d'analogue.

Trompe droite : elle revêt, en général, la forme de la gauche, mais n'en a qu'un tiers comme volume. Elle commence au bout utérin, avec une torsion en spirale d'un tour dans le sens inverse de l'aiguille de montre; plus loin, on constate quatre dépressions échelonnées et légères.

Au tiers utérin, elle présente une induration; il ne

sort pas de pus par son orifice en exerçant une pression sur les deux tiers extérieurs, qui présentent une fluctuation nette.

En coupant la tumeur, il s'écoule 40 centimètres cubes de pus jaune-verdâtre, sans odeur et qui est légèrement hémorragique. La paroi des deux tiers extérieurs est souple, la muqueuse est lisse ou légèrement mamelonnée; à différents points on voit de petites hémorragies sous-muqueuses. Le tiers intérieur a une paroi raide et scléreuse, la muqueuse présente une série de saillies trabéculaires.

OBSERVATIONS ANATOMIQUES

1) Fœtus, longueur du vertex aux talons, 32 centimètres ; poids, 800 grammes ; les trompes se trouvent derrière le bord externe des ovaires, au-dessus du petit bassin. Leur extrémité externe se trouve au niveau du 3^e disque vertébral lombaire, elles descendent presque droit en présentant dans leur trajet 3 à 4 légères ondulations. On les efface facilement en allongeant les trompes.

2) Fœtus, jumeau au précédent ; longueur, 31 centimètres ; poids, 630 grammes. Les mêmes rapports.

3) Fœtus, 36 centimètres ; les trompes descendent obliquement avec 6 ondulations de chaque côté.

4) Enfant, âgé d'un jour ; longueur, 41 centimètres ; les trompes descendent obliquement dans le petit bassin ; environ 7 coudures de chaque côté ; à gauche, un tour de spirale bien accusé.

5) Enfant, 1 jour ; 42 centimètres ; trompe gauche au-dessus du petit bassin 4 coudures, droite pelotonnée au niveau du fond de l'utérus.

6) Enfant, 1 mois ; 45 centimètres ; pas de points d'ossification dans les épiphyses inférieures du fémur, trompes au-dessus du petit bassin, légèrement coudées de deux côtés.

7) Enfant, 20 jours ; 43 centimètres ; pas de points d'ossification du fémur ; trompe gauche : bout externe au niveau de la 3^e vertèbre lombaire, présente 4 coudures ; trompe droite pelotonnée au niveau de la dernière vertèbre lombaire.

8) Enfant, 24 jours ; 45 centimètres ; les deux trompes coudées au-dessus du petit bassin, trace de point d'ossification dans l'épiphyse inférieure du fémur.

9) Enfant, 15 jours ; 49 centimètres ; points d'ossification ; trompe gauche en coudures, au-dessus du petit bassin, droite pelotonnée au niveau du détroit supérieur.

10) Enfant, 2 mois ; 56 centimètres ; les trompes, au-dessus du petit bassin, présentent plusieurs coudures.

11) Enfant, 12 jours ; 46 centimètres ; trompes dans la même disposition, comme chez le précédent.

12) Enfant, 4 mois ; 49 centimètres, comme chez le précédent.

13) Enfant, 49 centimètres ; pas de points d'ossification du fémur, trompes en pelotons au niveau du détroit supérieur.

14) Enfant, 36 jours ; 47 centimètres ; trompe gauche pelotonnée derrière l'utérus, la droite au niveau du détroit supérieur, son tiers externe est pelotonné.

15) Enfant, 53 centimètres ; trompe gauche pelotonnée dans le petit bassin, droite coudée au-dessus du petit bassin,

16) Enfant, 21 jours ; 53 centimètres ; les trompes dans les mêmes dispositions.

17) Enfant, 52 centimètres, 18 jours ; deux pelotons au

niveau du détroit supérieur ; à gauche on voit deux tours de spirale et à droite un demi-tour de spirale.

18) Enfant, 1 mois 4 jours ; 48 centimètres ; deux pelotons qui descendent derrière les bords de l'utérus, dont elles sont séparées par les ovaires longitudinales. Points d'ossification dans les épiphyses inférieures des fémurs.

19) Enfant, 20 jours ; 51 centimètres ; les mêmes dispositions et rapports.

CONCLUSIONS

Les trompes de Fallope, en suivant la descente des ovaires dans le petit bassin dans le cours de la deuxième moitié de la vie intra-utérine, présentent d'abord des ondulations puis tard une disposition en coudures, et enfin, elles se pelotonnent et arrivent ainsi dans le petit bassin. Leur redressement se produit dans la vie extra-utérine.

Un arrêt dans ce redressement des trompes crée une prédisposition pour des maladies; quelquefois, cet arrêt est accompagné d'autres vices de développement.

Si une dilatation kystique se produit dans une pareille trompe, la tumeur aura une forme irrégulière sillonnée et contournée.

Le pronostic est, dans ces cas, plus grave que dans les autres, et l'ablation d'emblée est indiquée.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- 1) SAPPEY, Traité d'anatomie descriptive, Paris, 1879, tome IV.
- 2) SCHROEDER, Lehrbuch der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane, Leipzig, 1887.
- 3) FARRE, Article : Uterus and its appendages dans : Todd, cyclopædia of anatomy and physiology, 1859, t. V.
- 4) ZIEGLER, Lehrbuch der pathologischen Anatomie, 2 Bd. Jena, 1887.
- 5) DELBET, Des suppurations pelviennes chez la femme, Paris, 1891.
- 6) REYMOND, Thèse de Paris, 1895.
- 7) FREUND, W.-A., dans Volkmann's Sammlung Klinischer Vorträge, Gynæcologie, n° 93, 1888.
- 8) FREUND, Ibidem, n° 95.
- 9) VIRCHOW, dans : Beiträge zur Geburtshilfe u. Gynæcologie, d., 1.
- 10) LAWSON TAIT, the british medical journal, 1887, p. 825, et Traité des maladies des ovaires, trad. franc., Paris, 1886.
- 11) FRITSCH, Die Krankheiten der Frauen, Berlin, 1892.
- 12) WINKEL, Lehrbuch der Frauenkrankheiten, Leipzig, 1890.

- 13) MARTIN, Die Krankheiten der Eileiter, Leipzig, 1895.
- 14) WENDELER, dans Archiv für microscopische Anatomie, Bonn, 1895.
- 15) POZZI, Traité de gynécologie, Paris, 1892.
- 16) WILLIAMS, dans : the American journal of medical science, octobre 1891.
- 17) POPOFF, dans : Archiv für Gynæcologie, 1893.
- 18) DEBIERRE, Manuel d'embryologie humaine et comparée, Paris, 1885.
- 19) HERTWIG, Traité d'embryologie, trad. franc., Paris, 1891.
- 20) NAGEL, dans : Archiv für Gynæcologie, 1894.
- 21) RIBEMONT ET LEPAGE, Précis d'obstétrique, 1896, Paris.
- 22) BOINET, Traité des maladies des ovaires, 1867, Paris.
- 23) LANDAU L., dans : Archiv für Gynæcologie, 1891.
- 24) KEHRER, Beiträge zur Geburtskunde und Gynækologie, 1892.
- 25) WOSKRESSENSKY, Centralblatt für Gynæcologie, 1891, p. 849.
- 26) DOLÉRIS, Journal de médecine de Paris, 1889, p. 107 et 120.
- 27) MONTPROFIT, Thèse de Paris, 1888.
- 28) LUCAS CHAMPIONNIÈRE, Bulletin de la Société de chirurgie, Paris, 1888, p. 927.
- 29) QUENU, Bulletin de la Société de chirurgie, Paris, 1888, p. 954.
- 30) SPENCER WELLS, Gazette des hôpitaux, 1891, p. 364.
- 31) TILLAUX, Traité de chirurgie clinique, Paris, 1894.
- 32) CHARRIER, Thèse de Paris, 1892.

- 33) SCHÖBER, Thèse de Strassbourg, 1889.
- 34) LAWSON TAIT, the british gynœcological journal, 1885, juillet.
- 35) TRÉLAT, Bulletin de la Société de chirurgie, 1889, p. 35.
- 36) LEDENTU, *ibidem* et Bulletin et Gazette des hôpitaux, 1892.
- 37) MUNDÉ, dans : the américain journal of obstetric, 1892.
- 38) VEIT, dans : Volkmann's Sammlung, Gynœcologie, n° 77.
- 39) HEGAR, *ibidem*, n° 42.
- 40) GUSSEROW, Archiv für Gynækologie, 1887, p. 328.
- 41) VALTON, dans : Mémoires couronnés de l'Académie royale de médecine de Belgique, 1888, Bruxelles, 1889.
- 43) VUILLET, Gazette médicale de Paris, 1892, n° 44.
- 44) TÉRILLON, Archives de gynécologie, 1889, p. 349. obs. VI.
- 45) MUNDÉ, américain journal of obstetric, 1888.
- 46) MARTIN, Deutsche med. Wochenschrift, 1893, p. 709.
- 47) POLK, Américain journal of obstetric, 1887, p. 1046.
- 48) LAWSON TAIT, *ibidem*, p. 478.
- 49) KœBERLÉ, dans : Dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques, 1878, tome XXV, article ovaires.
- 50) LAWSON TAIT, Gazette des hôpitaux, 1891, p. 367.
- 51) PÉAN, Tumeurs de l'abdomen, tome III, Paris, 1895.
- 52) SEGOND, Bulletin de la Société de chirurgie, 1891, p. 153.
- 53) LANDAU M., dans : Archiv für Gynækologie, 1894.
- 54) DÜHRSSSEN, Gynœcologisches Vademecum, Berlin 1895.
- 55) ZWEIFEL, dans : Archiv für Gynœcologie, 1893, p. 595.

- 56) QUENU, La presse médical, 1895, p. 149.
57) PÉAN, Le bulletin médicale, 1892, p. 12300.
58) CORNIL ET TÉRILLON, Archives de physiologie, 1887,
p. 529.

Vu :

Le Président,

TILLAUX.

Vu :

Le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

